

在宅介護における医療・福祉の連携

—介護殺人の事例を手がかりとして—

Cooperation of Medical care and Welfare in the Home health care

—As a Case of Murder by a Caregiver clue—

中尾 治子

Haruko Nakao

目 次

はじめに

I. 家族関係性と福祉サービス

1. 家族とは
2. 家族による介護殺人のケース
3. 介護殺人事件と家族の関係性—ヒアリング調査結果から—
4. 介護の社会化との関連

II. 在宅介護と専門職者の連携—A 県の事件から—

1. 在宅介護が破綻するまでのステージ
2. 夫が抱える障害の影響

III. 医療・福祉の専門職の連携の必要性

1. 医療・介護に関する制度改革
2. A 県ケースにおける介護職者との関連
3. A 県ケースにおける医療職者との関連

おわりに

はじめに

超高齢社会となった我が国の高齢者世帯は、厚生労働省によれば 2010 年 6 月現在、1020 万 7,000 世帯である。世帯総数が 4863 万 8,000 世帯であることから、高齢者世帯は全世帯の 21.0%を占めていることになる。そして、要介護者がいる世帯は核家族世帯が 31.4%と一番高く、次いで単独世帯の 26.1%となっている。また、介護度は、単独世帯よりも核家族世帯や二世帯世帯の方がより高く重症化している。そして三世帯世帯の割合が低下し、要介護者を抱える世帯は、単独世帯が増加していることから、家族の介護力がますます低下していることを示している。加えて、2012 年 8 月の厚生労働省の発表によると、今年時点で認知症高齢者が 305 万人いることが判明し、この数値は 65 歳以上人口の 1 割に

相当している。今後の予測として、2015年には345万人、2025年には470万人に達すると見込まれている。470万人とは認知症高齢者が高齢者全体の12.8%にのぼることになる。

ところで、こうした予測から確実に認知症が増加すれば、在宅介護が半数を占めている現在から推測しても、医療・福祉の専門職の連携がさらに不可欠になる。介護者と要介護者の生命を守ることを第一優先として、支援を考えていく必要性は以前からいわれているが、医療・福祉の専門職自身がそれぞれの役割についての明確化が課題となっている。

2006年にA県で起きた介護殺人事件の事例においては、介護者である妻がSOSを多方面に発信していたにもかかわらず、誰も妻に対して適切な援助ができなかったなど、家族の関係性、介護・医療の専門職者の連携、ジェンダーの問題などが明らかになった。

そこで、本稿では、まず在宅介護における家族と福祉や介護との関連を概観しつつ、介護殺人にまで至った事例を検討する。次いで、専門職チームである医療、福祉関係者が在宅介護夫婦の介入を詳細に検討し、A県の事件を手かりに在宅介護における医療・福祉の専門職としての役割、連携について検討を試みたい。

I. 家族関係性と福祉サービス

1. 家族とは

家族について、現代社会福祉辞典では「日常的な生活共同や生殖などを行う親族集団をいう」¹⁾とある。家族学者の多くが同様に、家族とは家族員（夫婦・親子・兄弟）の「幸福」の達成に努力すべき集団であるから、家族は「福祉追求集団」であると定義している²⁾。また、家族は個人を自己実現させ、生き甲斐と生きる喜びを感じさせることが、「家族」にとっても、また「社会福祉」にとっても、究極の目的だと主張し、「社会福祉」と「家族」は車の両輪のように要介護者に対して暖かい援助の手を差し伸べて、その人を幸福にしようとするものであるとする。一方で、その両輪の力の比重については、様々な考え方がなされており、現在まだ結論は出ていないとする考え方もある³⁾。

1960年代、家族内における男女の完全な「労働の役割分担」は社会において次のように受け入れられていた⁴⁾。夫は「企業戦士」として家族に対して責任と権限を持ち、夜遅くまで働いた。妻は、子どもの養育、食事の準備、家の掃除、買い物、子どもの学校の用事、年長者の世話、夫へのニーズへの対応を担当した。そして、近年、社会は様変わりし、働く女性が増え、保育所不足による待機児童の増加と、育児休暇取得の伸び悩みが課題になっている。現代社会においては、内閣府の調査によれば、「夫は仕事、妻は家庭」について、「反対」が「賛成」を上回った。女性のみが家庭責任を負うことを前提とした社会制度や働き方は、国民の意識の変化にそぐわなくなった。その一方で、妊娠・出産ということが、常勤で働き続けることの困難さがある。そして、家族と高齢者は核家族化に伴い、その関係性が希薄になっていることも事実である。したがって、自宅に高齢者がいなければ

ば話す機会がない。高齢者を愛おしいと思う機会もない。家庭の中で、他者に対する思いやりについて学ぶ機会は激減した。明山和夫のいう「家族間の相互扶助」が見えなくなった時代ともいえる⁵⁾。

したがって、家族とは長い生命連鎖の中で、面々と繋がってきているという家族意識も希薄にならざるを得ない。それが、在宅介護をしている介護者が孤立してしまう家族環境を作りだしているといえる。在宅介護の場合の介護者は、配偶者か息子の配偶者である嫁が多い。いずれも家族の中で孤立した状態で介護ストレスを抱え込む例が多い。介護者のストレスによる体調の変化は家族に気づかれることなく、虐待や殺人への要因となっていく。

家族一人ひとりが自立していることと、家族成員として家族に無関心でいることとは大きく違う。介護のために家族の誰かに過重な負担がかかっているとすれば、それは在宅介護の方法を再検討しなければならない。「配偶者だから、嫁だから」介護するのは当たり前であるとするのは、既に否定されている。しかし、現実には「介護して当たり前」がまかり通っている。これは介護保険が法制度として擁立された意義を問い直さざるを得ない状況である。

2. 家族による介護殺人のケース

家族は、親族あるいは血族に限定する必要はないと思われる。現代社会においては、法律上の夫婦の他に、事実婚夫婦、マイノリティ夫婦⁶⁾などのいわゆるカップル関係もある。したがって、家族介護においても、様々な関係性の中での介護が実施されることになる。

家族介護の主たる介護者がいわゆる虐待や殺人を犯したとき、家族や親族は決まったように「言ってくれたら良かったのに」という。「言われなければ気づかない」という家族成員の無関心が、家族としての関係性の破綻を表しているといえよう。以下、筆者が傍聴・ヒアリングした介護殺人を分類した代表的な家族のケースを述べる。

(1) 娘夫婦と同居していたケース

1階に両親が、2階に娘夫婦が同居の家族構成で、母親を介護していた父親が介護負担から母親を殺害したケースである。娘が2階に行くには、1階の両親の住む部屋の横を通過して上がるようになっていたが、声をかけることもなく、事件前の2週間は両親の顔も見に行っていなかった。娘の夫は、父親が介護していたことすら知らなかったと証言している。

(2) 妻と長男が起したケース

夫が倒れてからも、妻はパートで働いていた。長男は、父親のために介護タクシーを始めたが、上手いかず介護タクシーを諦めて職を転々とした。夫は訪問介護を受けていたが、妻は理由をつけて訪問を拒否続けていた。そのことに訪問介護士が疑問を持ち、妻に連絡を取るが居留守を使われ連絡が取れなくなったため、警察に連絡し、白骨化した夫の遺体が発見されたというケースである。当初逮捕されたのは同居していた妻と長男と次男の3人であったが、最終的には同居していたが介護に一切かかわっていなかった次男は起

訴猶予になり、妻と長男が逮捕された。妻は、汚い夫に触るのが嫌で見たくなかったと証言している。長男は、介護しない母親を見て、パンを1個父親の枕元に届けたりしていた。長男は、「介護するのは母親だ」と証言し、父親が死亡したことを確認した後も、母親に知らせることもなく、母親も死臭が漂っていても、警察に届けることもなく窓を開けて臭いを消していた。その時も、長男は「母親が発見するべき」と証言している。裁判記録より死臭が漂い、蛆から成長したハエが多数飛び始めていた夫の部屋に、誰も行くことはなかった。ただ、長男は父親に「かわいそう」とバスタオルを掛けている。

(3) 夫婦世帯のケース

社交的な妻が倒れて、夫が介護していた。近所との関係が希薄であった夫は献身的な介護を続けていたが、心臓病を発症し将来を悲観して妻を殺害してしまったケースである。夫婦には子どもが無く、頼れる親族もいなかった。夫は、介護保険を使うことは多額の金額が必要だと思い込んでおり、介護保険についての正しい知識を持っていなかった。世帯数の多いアパートに居住していたが、アパートの住人のほとんどが介護していることすら知らなかった。事件後、執行猶予となった夫はアパートにもどって数日後自殺した。夫が戻ったアパートは、電気もガスも止められていた。裁判の際、弁護士は夫の自殺企図が予測されるため、異例の実刑判決を求刑していた。

(4) 孤立した妻のケース

夫婦は事実婚で、子どもも、頼れる親族も、友だちもいなかった。妻は、人に言えない仕事をしていたと話していた。裁判の証言や弁護士の話から、頼れるのは夫だけであった。その夫が倒れ、必死に介護を続けていたが、夫からの労りのことばもなく、疲れ切って殺害してしまった。妻は社会に心を閉ざしていた。筆者に対して弁護士から、「妻には相談できる人は一人もいなかった」と説明があった。拘置所の筆者との数回の面会で、妻は控えめで他者との関わりを拒むように、「もう、いいんです」とくり返した。

3. 介護殺人事件と家族の関係性—ヒアリング調査結果から—

津村智恵子は高齢者虐待の要因⁷⁾として、以前からの人間関係の悪化を挙げている。介護が始まる前の夫婦関係や家族関係が悪い場合、事件に大きく関与することは十分考えられる。したがって、介護殺人の家族関係については、大きく2つに分類できる。1つは、津村のいうように以前からの家族の関係性が悪化した場合、もう1つは、介護者の義務感が強く孤立状態となった場合で、それが殺人事件へとつながる要因となる可能性が大きい。

介護殺人を起こした家族や親族のヒアリングの調査結果から、介護殺人を起こした家族はもちろんのこと、当事者の周辺の人たちも介護していること、介護によって家族介護者と要介護者が追い込まれていることに気づかず、気づいたとしてもさほど重要とは感じていなかったことがわかった。その理由として考えられるのは、「介護」が、身体的・精神的・社会的に介護者個人を疲弊させていることを知らないからである。事件があってはじ

めて直接介護に関わらなかった親族が裁判所に集まるケースが多い。そこでの発言は、「電話でもそんな様子はなかった」、「話してくれれば良かったのに」などである。本当に気づかなかったのだろうか。「大変なのです」と強く訴えなければ、助けてあげようという行動はとれないのだろうか。介護している者がアクションを起こさなければ、社会は動いてもらえないのだろうか。過去の調査からみてみよう。

1985年にイギリスで一般世帯を対象に、「介護者が利用する支援サービス」について調査したものがある。その中で Twigg は、「夫を介護する妻の役割を取り巻く義務という規範のしがらみに端を発しているが、このようなことは社会の中で問題にされないように思われる。その結果、妻たちが介護するのは当たり前のことだと信じられているので、介護者の支援に関するニーズが取り上げられることはない⁸⁾」と述べている。このように我が国に限らず、妻が介護することは当たり前と社会が認知している限り、社会が動くことはない。

4. 介護の社会化との関連

2000年に施行された介護保険は、家族介護を支える「介護の社会化」をスローガンに始まった。しかし、実際は家族介護に関連した心中や殺人は後を絶たない。家族の相互扶助の重要性はもちろん、親族も含めて地域社会の支える目も重要である。問題は、日常的に孤立している介護家族である。高齢者夫婦のみの世帯や家族2人の世帯である場合、一人が倒れると、頼れる人がいなくなる。その心細さをどのようにキャッチして、支援につなげることができるのか。

今までに関わったケースを検証してみると、「家族」だけで介護問題の解決策を見出すことは困難である。また、介護サービスを利用できるにもかかわらず、介護保険制度を知らなかったり、介護保険があることは知っていても、申請方法を知らなかったり、介護保険は高額だという間違った認識でいたり、正しい知識をもっていない事例もある。これらのことから、家族介護への支援となる各種の福祉サービスの網目を緻密にしなければ、サービスの受け皿から落ちこぼれてしまう人々を救うことはできない。その意味で、家族介護と介護の社会化との連携の課題は、家族の関係性や介護家族周辺を取り巻く問題の解決や、福祉サービスの周知の不十分さをいかに改善するのか、という視点が重要となる。

II. 在宅介護と専門職者の連携ミスーA 県の事件からー

1. 在宅介護が破綻するまでのステージ

(1) ハネムーン時期（発症後～2週間頃まで）

A 県で起きた介護殺人事件は、夫婦共に介護に意欲的であった。要介護者である夫は、妻の励ましで「頑張ろう」とリハビリに励む姿があった。介護者である妻も夫の回復のた

めに、日々励まし続けた。妻は友人に手紙を出している。親族もよく顔を見せてくれている。妻は、デイサービスの職員に介護方法などの指導も受けていた。この時期は、家族介護者も要介護者両者共に回復への希望を持った時期であり、将来への期待を抱いて日々の生活に張りを持ち得た時期である。

(2) 現実が見え始めて不安定な時期（2週間過ぎ～1か月）

この頃になると、家族介護者である妻の励ましが煩わしくなってくる。要介護者である夫がイメージしていた回復過程との落差に意欲が喪失してくる。妻は、リハビリをサボりがちになってきている夫のために励まし続ける。妻は常に夫の回復のために言葉をかけている。夫の趣味である俳句に挿絵を描き、楽しく生活できるようにと心配りをしている。一方、夫はできない事ばかり目立つ自分自身の姿に、嫌悪感を持つようになっていた。献身的な妻に対して、嫌みを言ってみたり、冗談を言ってみたりと、妻を笑わせてみたりと、不安定な時期である。親族の訪問は続いている。妻にとって妻の実姉が支えであった。

(3) 夫の攻撃的・社会性の欠如の時期（1か月～1か月半）

夫は自分の意思と体の動きが合致しない「障害受容」ができていないことと、認知症による BPSD と考えられるデイサービスの拒否、妻への暴言・暴力が目立ち始めた。デイサービスに行っても入浴拒否が激しく、妻以外のケアを受け付けなくなっていた。夜中も排泄で起こされるため、妻は布団に入り寝ることができなくなった。こたつで横になりうたた寝を強いられる毎日が続いた。疲れて直ぐ起きられないときは、夫に蹴られることもあった。また、物を投げつける、蹴るなどの夫の暴力によってタンスが壊されたこともあった。このような状態に伴い妻の疲労はピークを目指していた。妻は介護疲労から、睡眠不足になりうつと診断された。薬が処方されていたが、睡眠不足の解消はされなかった。夫に一人で介護する辛さを理解してもらえない、という歯がゆさを日記に記している。親族が妻を気遣い配慮している。とくに、実姉が協力的である。精神科クリニックの医師の妻は、受診のたびに話を聴いてくれた。介護支援専門員（ケアマネジャー）は妻の要求に対して、努力していた。

夫はデイケア利用の拒否があり、自宅で過ごしている。妻が夫の好物を作ったり、おやつを出したりして、少しでも穏やかに過ごしてもらおう努力をしている。しかし、夫からの暴言や睡眠不足と疲れから、限界に来ていた。妻の負担を軽減するために妻と親族がショートステイを希望し、利用を拒否している夫を騙して施設に連れて行った。帰宅願望が強く施設職員に暴力をふるい、強制退所になった。ショートステイ利用直後から、妻には施設から連日「手に負えないため、引き取りに来てほしい」との連絡が入っていた。3日目に夫と施設の限界により連れ帰った。騙してショートステイを利用させたことから、今まで以上に妻に対する暴言は激しくなった。「お前は毎日何か書いているが、昔の男に手紙を書いてるんだろう」、「お前はいいな、俺がデイに行っている間寝てればいいんだから」などと非難された。実際は、夫のデイでの時間を心配し、落ち着かない時間を過ごしていた。

親族は電話や訪問を続けていた。実姉が心配してショートステイを利用し、妻を休ませた
 と思ったが失敗に終わったため、頻繁に連絡を取っていた。夫婦の預貯金は数千万円あ
 ったにもかかわらず、実姉に生活費の支援を依頼していた。

(4) 決断させた時期（1か月～事件当日まで）

介護支援専門員に施設の紹介を依頼したが、強制退所の件があったため、なかなか進ま
 なかった。妻は自宅前の道路工事が開始されると、デイサービスに行くために出入りがで
 きなくなると思い込み、再三、介護支援専門員に施設入所の依頼をしていた。介護支援専
 門員も探す努力はしていても、帰宅願望が強固のために施設職員との暴力行為に及び、強
 制退所になった経験があるため、踏み切れないでいた。この時期に夫は、「字が書けなく
 なってきたので、生きていてもしょうがない」、そして「殺してくれ」、「77歳まで生きた
 から早く死にたい。妻のことは天国に行って幸せになるよう見守る」と妻に訴えていた。

妻は、介護支援専門員に施設入所を再三お願いしたが、「強制退所があったから、施設
 入所は無理」と断られた。その当日、妻は介護する気力と体力が既に無いと感じ、将来へ
 の悲観もあり、デイケアから帰宅後、寝ていた夫を絞殺した。

2. 夫が抱える障害の影響

人が社会に適応していくときの条件として3つある⁹⁾。1つは、日常生活を送ることが
 できる。2つ目は、人間関係を築くことができる。3つ目は、職業を持ち経済的基盤を築
 くことができるなどである。一般に生活している場合、これらは特別なことではない。し
 かし、疾病や事故などによってこれらに支障が出て初めて、生物体としての人間の体がさ
 まざまな能力によって支えられていることに気づくのではないだろうか。それは、感覚、
 身体運動、言語などの機能と、それを使いこなすことができる能力である。そしてもう少
 しつきつめれば、それらを統括する精神機能である。そこには個人を形成する自己概念が
 存在する。この概念規定が個々人の社会的適応に大きく影響しているといえる。

この自己概念を支えるものは、「他者が自分の存在を認めている」¹⁰⁾ ことではないだろ
 うか。これは幼少期の内面的発達に関係しており、「自己肯定感と人間に対する基本的信
 頼感の育成」である。「生きてあること、存在すること」さらにはそれを「自覚できるこ
 と」が、自己概念を支えるものであると考える。つまり、自分が自分であることの自覚で
 あり証明である。具体的にいうならば、人として生活を築き支えるものは、生命活動・生
 活活動・社会活動であり、その活動を支えるのがその人らしさであり自己概念である。

A 県のケースでは、夫は 77 歳まで筆耕業で月 20～30 万円の収入を得て家族を養い、
 プライドを持って生活していた。しかし、疾病の後遺症によって麻痺が残り、障害者となっ
 て妻の介助なしでは生活が成立しなくなったことは、受容できにくかったのだろう。加え
 て、認知症になり「今、ここに存在すること」自体の苦痛もあり、「殺してくれ」と訴え
 た状況から、妻に殺害されることを承諾したのだろうか。

Ⅲ. 医療・福祉の専門職の連携の必要性

1. 医療・介護に関する制度改革

2011年6月に「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部改正する法律」が公布され、2012年4月1日から施行されて、新たな介護サービスが提供されることになった。診療報酬との同時改定に伴う医療と介護の機能分化・連携の強化などの対応が求められることになった。これは「2025年のあるべき医療・介護の姿」を見据えることが求められている。なぜなら、2025年には在宅における重度要介護者が1.8～2.6倍に増加するからである。しかし在宅重度要介護者の増加は、すでに2006年の時点で試算されていた。

また2006年には、医療制度改革と介護制度改革が行われている。医療制度改革では、3点の改革が行われた。なかでも介護保険との適切な役割分担に基づく24時間対応の在宅医療や終末期医療の促進がある。そして介護制度改革は、医療制度改革の方向性を支援・補完する内容が盛り込まれていた¹⁰⁾。介護制度改革の中では、医療制度改革と同様に、医療と介護の過不足なきサービス提供のために、地域の包括的・継続的マネジメント体制の仕組みが導入され、医療と介護が同じ方向性で、支援・補完することができる内容になっていた。そして、今回2012年介護制度改革の基本視点として3項目の中に、再び「医療と介護の役割分担・連携強化」が組み込まれた。

今回紹介したケースは、2007年に発生した事件である。法律改正があったとしても、関わる専門職業者が改正内容を理解し、実践しなければ医療も介護現場も改善されることはない。

例えば、A県のケースは、希望に向かって始めた夫への介護であっが、わずか2週間で介護者である妻の身体的・精神的変化が表れている。要介護者である夫は、リハビリさえ頑張れば発病前の元の身体に戻れると信じていた。そして、介護者である妻は、励ますことで夫に意欲を持たせ、夫同様、発病前に戻れると思っていたことから、時間の経過と共に夫婦の方向性が変わってしまったといえる。これらのことから、法改正はその主旨改正と共に、介入困難なケースにおける専門職の役割を明確にし、介入指針を示す必要がある。

2. A県ケースにおける介護職者との関連

ハネムーン時期以降は、夫にとって妻は自分の思いのはけ口になっていた。たとえば、「お前はいいな、俺がデイに行っている間、寝てればいいんだからな」、「陰気くさい女だな」、「おれを殺す気か、怖い女だな」、「お前はじゃまだ、出て行け」などという発言がある。こうした症状は、認知症の症状である「介護に対する拒否」、「暴言を吐く」というBPSD症状と考えられる。もし、BPSD症状であるとすれば、それは医療・福祉関係者の説明不足である。妻は利用している施設に、介護について悩みや介護方法を相談している。施設を利用することについて、「強制退所」させられていたことは、介護支援専門員がそ

の施設から派遣されていること、デイサービスの職員とこの夫婦のことについて検討されていることから、夫婦の現状は把握されていたと考えられる。しかし、それぞれが持っていた情報が生かされることはなかった。

在宅介護の側面から検証してみると、介護者である妻の協力者として実姉の存在がある。そしてもう一人は甥である。常に二人が介護者を気遣い、食事に連れ出したりショートステイを進めたりしていた。実姉の場合は経済的援助もしていた。要介護者である夫が利用していた施設と同施設から派遣されていた介護支援専門員と施設職員は、介護者への配慮は考えていなかったといえる。それは、妻の体重は37kg程度で、夫の体重が70～80kgという体格差があり、しかも妻が毎夜、何度も排泄介助に起こされていたことへの配慮がなかったからである。妻は介護疲労とうつ病により服薬中であることは、介護支援専門員と施設職員の情報交換で知り得ていたはずである。裁判における証言内容やその他の関係書類によって、情報交換はある程度できていたことが判断できる。それにもかかわらず救えなかった理由には、両者の想像力不足、あるいは専門職として重要なアセスメントが十分になされていなかったことが考えられる。夫がショートステイを利用した当初から、施設職員は妻に毎日、夫の引き取り要請の電話をしている。夫の強い帰宅願望が、職員との暴力事件の原因となり強制退所させられている。自宅に帰す前に、介護支援専門員と施設職員間との検討会は開いたのだろうか。残念なことに「連携」という認識があったのか疑問は大きく残る。

3. A 県ケースにおける医療職者との関連

医療サイドからこのケースを検証してみると、発病後リハビリに通院していたが、その通院には妻や親族が送迎していた。その時点において、医師、看護師、理学療法士のそれぞれは、在宅介護の状況がどのような状態であるのかを確認する機会があったはずである。しかしながら、誰ひとり在宅での介護状況について問う専門職者はいなかった。訪問看護で病院受診に付き添うことがあるが、そのときの医師の受診態度はパソコン画面を見て情報を入力しているばかりで、患者の顔を見ることはない。看護師も医師の指示を伝えるのみで、家での生活状況を聴くことはない。町の診療所や医院が地域の健康を支えていた時代の医師は、必ず聴診器を当て、生活状況を尋ね家族のことも尋ねることが当たり前の診療風景であったため、医師も看護師もそれぞれの家族状況を把握していた。診療所から大学病院や病床数の多い病院が主流になり始めて以来、「病気を診るが病人は診ていない」といわれて久しい。この批判を受け医学教育も教育内容を変えてはいるものの、電子カルテ導入によって、一層患者の顔を見ずに診察する医師は存在する。

今回の場合も、ルーチン作業のように、処理していく作業になっているため、残念ながら在宅介護している家族の悩みと、要介護者である当事者の苦悩まで感じ取ることができなかった。そして、理学療法士は、リハビリに対する心理的变化を毎回キャッチすること

ができたはずである。障害を負った者にとってリハビリテーションは重要な位置づけを持つ。対応能力を失った対象を担当する理学療法士は、障害を持つ高齢者をどのようにとらえるのかによって、リハビリ効果に対して大きな差につながるという認識を持つ必要がある。理学療法士によっては、「専門の知識と技能を修得した治療者にとって、回復の効果がみえない仕事は意義を見いだしにくい。対応能力を失った高齢者のリハビリテーションはそういう仕事である」¹²⁾と述べている。専門職として働く者たちは常に「人間の尊厳」とは何か、どうすることが尊重することになるのかと考えケアすべきである。しかし、医療者の現実を見ると、よく言われることであるが、「人間の尊厳という概念を教えただけでは、尊敬の感情は生まれない」ということが、如実に現れているといえる。目の前にいる患者に対して関心があれば、患者に対する「気がかり」を持つことにつながるであろう。

医師の仕事とは何か、「患者の“いのち”を救う仕事であり、病む人へのタッチ、言葉のタッチ、手のタッチ、視線のタッチというものを大切にする」¹³⁾ことである。看護とは何かといえば、「生命力の消耗を最少限にすること」¹⁴⁾である。それでは、介護とは何か、「社会から外れていくのを放置せず、社会の一員としてつなぎとめておく営み」¹⁵⁾である。医療も福祉もそれぞれの立場で‘いのち’と向き合う仕事であることに変わりはない。しかし、一人の大切ないのちとの向き合い方が、病院や施設という枠を超えてしまうと、その人の生活にまで思いが至らないのはなぜだろうか。入院や入所という目に見える場所や管理している場所にいる対象と、家庭という生活空間にいて、どのように生活しているのかも認識されない対象との意識の違いが働くのではないだろうか。もっといえば、管理できる場所にいるならば見てあげられるが、それ以外の場合は感知できないと行動で示しているように感じられる。外来患者も入院患者も、入所者も医療や介護を必要としているのであって、その提供場所が施設内か家庭かの違いである。現実はその違いが大きいといえるのかもしれない。しかし、パソコンの画面ではなく、目の前にいる患者や介護者を観ていれば、ほんの少しの異変でもキャッチできるはずである。その後、医療ケースワーカーにつなぐのか、介護支援専門員につなぐのか、他科受診となるのかはケースによって違いは出てくる。しかし、途切れることなく、医療と福祉の関係は継続され、介護者と要介護者の生活は少なくとも改善方向へと移行するはずである。医療も福祉も原点に戻り、目の前にいる一人の「人」を対象に心を注ぐことが重要である。このことを認知症のケアについてみると、KillickとGoldsmith、Kitwoodなどは、認知症患者に何が起きているのか、必死になって外界とコミュニケーションをしようとするが、病気の性質上それができず、これらの認知症患者とコミュニケーションを図るには、認知症でない側の人にかんがりの努力と技術が求められる¹⁶⁾と述べている。したがって、認知症患者と関わるあらゆる専門職者は、コミュニケーションスキルの向上のための努力が求められていることを認識すべきであろう。

おわりに

介護殺人事件のケースにみられるように、医療も福祉もバラバラにそれぞれの役割を遂行することは、対象者にとって手厚い医療・福祉とはいえない。医療および介護制度改革で目指していたものの1つに、「医療と介護の機能分担と連携」に関するものがある。まず、「質の高い医療を効率的に提供するために医療機能の分化・連携を推進する視点」である¹⁷⁾。次いで、「入院から在宅への円滑な移行を図りつつ、介護保険との適切な役割分担の下、在宅医療や終末期医療体制の強化を図りながら、高齢者ができる限り住み慣れた家庭や地域で療養しながら生活が送れるような支援体制を構築する」¹⁸⁾ことが謳われている。

介護および医療のそれぞれの場所で完結させるのではなく、高齢者になるほど、他職種の専門職者との連携が必要になる。対象者と関わるなかで、「気がかりな部分」を察知できる観察力が求められている。介護殺人にまで及んだ背景を考えた場合、現行の「申請制度」が足かせになっている。地域住民の情報を持っているのは、行政であることはいうまでもないが、孤立化同様に在宅介護についても、地域包括支援センターと民生委員が果たす役割は重要である。地域で生活している人たちの情報を生かし、地域包括支援センターと民生委員が「見守り訪問」をすることで、介護者の孤立や抱え込みの予防になる。

今回、明確になったことは、家族や親族の支えは、「今、その時、その場」の精神的支えにはなっても、日常生活における日々の介護負担の軽減に対する支えにはならないということである。つまり、タイムリーに、日々介護する介護環境に対する専門職としての支援を求めていることである。したがって、介護者と要介護者の状況把握と間髪入れない他職種との連携が、介護者と要介護者の生命を守ることになる。まさに、A 県のケースは、このようなことを訴えていたといえる。

注

1) 秋元美世他(2005)『現代社会福祉辞典』有斐閣、56頁。

家族の定義に関しては、「生殖」「親族集団」というキーワードが含まれるようであるが、様々な家族形態があって、「生活と時間を共有」している集団を家族と考えてもいいのではないだろうか。

2) 岡堂哲雄他(1990)『臨床心理学大系第4巻』金子書房、2～10頁。

3) 阪井敏郎(1992)『福祉と家族の接点』法律文化社、319頁。

4) Suzanne H. Vogel・西島実里訳(2012)『変わりゆく日本の家族』ミネルヴァ書房、9頁。

5) 明山和夫は、数十年前のアメリカの遠隔の牧場では、女たちはあらゆる不便の中で困難に満ちた生活をしてた事例を元に、子どもたちは必死に家族のために生活を支えている親から愛されることを通して、自ら他を愛することを学び、家庭で病人が出れば優しく世話されるのを見て、心優しさを学ぶし、身体の不自由になった老人を大事にするのを見ては、思いやりの心情を学ぶのだと述べている。

6) マイノリティ夫婦とはドメスティック・パートナーともいうが、同性同士の結婚、またはそれに準ずるものである。同性婚やドメスティック・パートナー制度を認めている国はゆるやかに伸びている。たとえば、同性婚を認めている国はオランダ、ベルギー、ノルウェーをはじめとしてあと4カ国存在して

いる。ドメスティック・パートナー制度については、8カ国などが認めている。また、アメリカについては、1999年に州最高裁が、同性結婚を禁止した法律は合憲であると判断した。しかし、様々な議論経過を経て、州によって同性婚やドメスティック・パートナー制度が採られている。

日本では、「性同一性障害者の性別の取扱いの特例に関する法律」の施行に伴う戸籍法の一部改正したことにより、戸籍上の性別により婚姻が成立している。

- 7) 津村智恵子・大谷昭 (2004)『高齢者虐待に挑む』中央法規、80～87頁。
- 8) Trevor Adams, Charlotte L. Clarke. "1999 Dementia Care," *Harcourt Health Sciences*, pp. 178-179.
- 9) 阿部篤子他 (1995)『生活の再構築を必要とする人の看護Ⅰ』中央法規、8頁。
- 10) 前掲注9)、12頁。
- 11) 川越雅弘 (2006)「我が国における医療と介護の機能分担と連携」『海外社会保障研究』国立社会保障・人口問題研究所、5頁。
- 12) 戸田山和久・出口康夫 (2011)『応用哲学を学ぶ人のために』世界思想社、217頁。
- 13) 「仕事とは」就職ジャーナル 2011年12月14日
- 14) 看護の定義について、ナイチンゲールは、「健康的な環境が本来の看護には不可欠である」とし、「新鮮な空気と清浄な水、適切な排水、清潔、陽光。これらのどれを欠いても不健康である」と述べている。薄井担子は、「生命力の消耗を最小限にする」と定義し、ジョイス・トラベルビーは、「看護師と個人、あるいは個人の集まりとしてのグループとの間に起こる体験である対人関係のプロセスである」と定義している。
- 15) 前掲書注12)、212頁
- 16) 前掲注8) および Tom Kitwood "2012 Dementia Reconsidered," の中で、認知症の方の良い状態を心理的ニーズとして5つの花びらで、くつろぎ・自分らしさ・結びつき・たずさわること・共にあること、これらを「愛情」が支えている構図で説明している。この認知症ケアの概念が、現在の「パーソン・センタード・ケア」であり、現在の認知症ケアの主流となっている考え方である。対象との介護者の向き合い方によって、認知症のBPSDは、激しくなったり出現が押さええられたりする。専門職者として、認知症の介護は、対象の行動を否定的に捉えるのではなく、①今起こっている現象は何を求めているのか、②対象の世界に入り込むように対象と向き合うことが必要であるかが、現実的にはその実現が困難な状況傾向にある。
- 17) 前掲注11)、5頁
- 18) 前掲注11)に同じ

参考文献

1. 妻鹿淳子 (2008)『近世の家族と女性』清文堂出版。
2. 上野千鶴子他 (2008)『ケアその思想と実践4』岩波書店。
3. 天田城介 (2011)『老いを治める』生活書院。
4. 鍋山祥子 (1999)「家族介護神話」中央大学大学院研究年報、第28号
5. Tom Kitwood "1990 The Dialectics of Dementia; With Particular Reference to *Alzheimer's Disease*" *Ageing and Society* 10,
6. 上田敏 (2000)『リハビリテーションを考える』障害者問題双書。
7. 大江健三郎他 (1999)『自立と共生を語る』三輪書店。
8. 土屋葉 (2006)「近代家族の理念と現実：障害者家族という場から読み解く」社会科学基礎論研究会。
9. 加藤千香子「近代日本の国家に関する一考察—大正期・内務官僚の思想に見る」
10. 岡堂哲雄 (1990)『臨床心理学大系第4巻』金子書房。
11. 畠中宗一 (2003)『家族支援論』世界思想社。
12. 藤本直規 (2009)『認知症の医療とケア』クリエイツかもがわ